

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última atualização: 05/05/2025)

PCDT: SÍNDROME MIELODISPLÁSICA DE BAIXO RISCO

CID 10: D46.0, D46.1, D46.4, D46.7

1. Medicamentos

Alfaepoetina (solução injetável ou pó para solução injetável contendo 10.000 UI);
Filgrastim (solução injetável contendo 300 mcg);

2. DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS (ORIGINAL E CÓPIA)

2.1 DOCUMENTOS PESSOAIS

- Carteira de Identidade – RG
- Cadastro de Pessoa Física – CPF
- Cartão Nacional de Saúde – CNS
- Comprovante de Residência com CEP
- Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseje autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).

2.2 DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS PELO MÉDICO

SOLICITAÇÃO INICIAL

- () LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Descrição clínica detalhada** Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas do paciente, que apresente dados da investigação por anamnese e exame físico, incluindo, por exemplo, relato de características dismórficas (sugerindo falência medular congênita), infecção, hematoma ou sangramento ativos;
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**.

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- () LME -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo Médico**, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico.

2.3 EXAMES OBRIGATÓRIOS

SOLICITAÇÃO INICIAL (continua no verso)

- () Cópia da dosagem de Fósforo
- () Cópia de exame TSH
- () Cópia do exame de T4
- () Cópia do exame biópsia de medula óssea com coloração para reticulina
- () Cópia do exame anti-HBsAg
- () Cópia do exame anti-HCV
- () Cópia do exame anti-HIV
- () Cópia do exame de análise citogenética convencional com bandeamento G
- () Cópia do exame de análise morfológica do aspirado de medula óssea (500 células) para avaliação de celularidade, displasias e contagem de blastos
- () Cópia do exame de análise morfológica do esfregaço de sangue periférico
- () Cópia do exame de bilirrubinas
- () Cópia do exame de coloração do ferro e quantificação de sideroblastos em anel
- () Cópia do exame de contagem de Reticulócitos
- () Cópia do exame de dosagem de Ácido fólico (folato)
- () Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP) ()
- Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética - TGO)

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

- () Cópia do exame de dosagem de Ferritina sérica
- () Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina
- () Cópia do exame de dosagem de Uréia sérica
- () Cópia do exame de dosagem de Vitamina B12
- () Cópia do exame de Eletroforese de proteínas
- () Cópia do exame de dosagem de ferro sérico
- () Cópia do exame de saturação de transferrina
- () Cópia do exame de Fator Reumatóide
- () Cópia do exame de Hemograma completo
- () Cópia do exame de lactato desidrogenase (LDH)
- () Cópia do exame de potássio
- () Cópia do exame de sódio
- () Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN)
- () Cópia do exame Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA)
- () Cópia do exame de Tempo de Protrombina (TP)
- () Cópia do laudo de Rx de tórax
- () Cópia do laudo de Ultrassonografia de abdômen
- () Cópia do teste de sorologia para Citomegalovírus
- () Cópia do teste de urina de rotina
- () Cópia da dosagem de cálcio.
- () Cópia da dosagem de Creatinina Sérica
- () Cópia do exame de Gama GT

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- () Cópia do Hemograma completo

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Hematologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer ao serviço munido de documento de identificação com foto, CPF ou Cartão Nacional do SUS e Cartão de Controle do Usuário

5. Observações:

- 5.1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
- 5.2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico) devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
- 5.3. Regras estabelecidas pela Portaria Conjunta nº22 de 3 de novembro de 2022 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Síndrome Mielodisplásica de Baixo Risco**.

Levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira.

Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 03 meses.**

Exames de imagem: **validade de 1 ano.**

Beta HCG ou ultrassonografia obstétrica: **do mês vigente.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o à Farmácia Especializada da Paraíba.